

記入見本

【記入例】

患者 (受診者)	鹿児島花子さん昭和55年12月20日生まれ、45歳の女性。
疾患名	「シェーグレン症候群」「天疱瘡」の2疾患で今回申請を行うことになった。シェーグレン症候群で障害年金の2級を所持している。
加入している 医療保険	協会けんぽ鹿児島支部に加入し、子供2人を保険上の扶養にしている。うち1人の子供については、小児慢性特定疾患受給中。夫は別 保険に加入している。
これまでの 医療費	令和6年8月、10月、11月に「シェーグレン症候群」「天疱瘡」の治療に係る医療費が33,330円を超えているので、併せて「軽症 者特別」での申請も行う。
今回の申請	夫の太郎さんが申請書を記載し、申請した。今後、受給者証などの書類については、花子さんの母に送付してほしい。

受給者番号  
(記入しないでください)

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規）

受 診 者	フリガナ	カゴシマ ハナコ		年齢	45歳	生 年 月 日	昭和55年12月20日	
	氏 名	鹿児島 花子						
住 所	〒	〒890-0021		電話番号	099-218-XXXX			
		鹿児島市〇〇町〇-〇						
保 護 者	被保険者氏名	鹿児島 花子		受診者との続柄	本人			
	加入医療保険	保険種別	政(協)・国組・共・国保・国退・後・生保	記号・番号	12-3456			
		保険者名	全国健康保険協会 鹿児島支部	保険者番号 (保険者コード)	01460013			
保 護 者	フリガナ			受診者 との 関 係	注意 受診者が18歳 未満の場合、受 給者証に保護者 (申請者)名も 記載されます。			
	氏 名							
病 名 (今回申請する疾患)	住所	〒		電話番号	(*1)			
		(*1)						
病 名 (今回申請する疾患)	1つ目の疾病	シェーグレン症候群		疾患コード (保険所記入)				
	2つ目の疾病	天疱瘡						
自己負担上限額の特別 (該当するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/>	軽症高額該当(*2) (要医療費申告書、領収書等)		<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期該当(*3) (要小児慢性特定疾患医療費助成受給者証、自己負担上限額管理票等)						
特定医療費の支給開始する ことが適当と考えられる年 月日(*4)	1つ目の疾病	(令和 7年 4月 20日)		2つ目の疾病	(令和 7年 3月 12日)			
		【上記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他			【上記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input checked="" type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他			
受診者宅以外への書類送付希望がある 場合は記載してください(*5)	<input checked="" type="checkbox"/>	〒893-1010 鹿児島市打馬町X-X		電話(0994)XXXX-XXXX				
「所得額・課税額証明書」で市町村民税非課税世帯の方は受診者(受診者が18歳未満 の場合は保護者)の収入の確認が必要です。	<input checked="" type="checkbox"/>	有		宛名	桜島 はな 続柄 母			
障害年金(手当)、障害一時金、遺族年金、特別障害給付金、障害補償給付、障害補 償、特別児童扶養手当、特別障害者手当、福祉手当等の収入のある方は証明書や払込通 知書の写しを添付してください。	<input type="checkbox"/>	無		障害年金や遺族年金等 の収入	有・無 ↓「有」の方 別種別( ) 前年度分の支給額(年額) 低所得Ⅱ(非課税世帯、本人収入80万以上)の区分 を適用して差し支えないので添付しません。 上位区分(30,000円/月)の自己負担限度額を 適用して差し支えありません。			
上位所得区分認定についての同意 自己負担限度額を認定するために必要な書類を提出しない方については、最高額の自己負担となります。	<input type="checkbox"/>	私、上記のとおり、特定医療費の支給を申請します。						
令和 7年 5月 7日 鹿児島県知事 殿	受診者(又は保護者)氏名		鹿児島 花子		(*6)			

「受診者」の欄は、今回申請される方のことについて記入してください。住所は住民票の住所を記入してください。

受診者が加入している医療保険のことについて記入してください。生活保護受給者の方は、「生保」に〇をし、生活保護受給証明書添付してください。

受診者が18歳未満の場合は、保護者(受診者を医療保険の扶養に入れている方)が記入してください。

今回申請をする「指定難病」の名称を記載してください。

【記入例】過去12ヶ月の間に難病にかかる医療費が33,330円を超えた月が3回あったので、特例を申請します。

自宅住所以外に希望される書類送付先がありましたら間違いのないように記載してください。

「障害年金」「遺族年金」等、公的年金以外の収入の有無を記載してください。

【記入例】の場合、障害年金2級を適用しています。

所得額・課税額証明書を提出しない方は、一番高い自己負担限度額を適用します。  
※ただし、保険者照会のための書類が必要になる場合があります。

申請書については、受診者または保護者の氏名の記載が必要です。

臨床調査個人票の研究利用等については、別添の説明資料をご覧ください。同意される場合は署名をしてください。

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

私は、別添「指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり、提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

受診者氏名 鹿児島 花子  
申請者氏名  
令和 7年 5月 7日 厚生労働大臣 殿 (\*7)

- \*1 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- \*2 軽症高額該当を希望される方はチェックしてください。軽症高額該当：重症度基準を満たさない患者についても、月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が年間3回以上ある場合、医療費助成の対象となります。指定難病にかかる医療費を確認するため、医療費申告書・領収書等が必要となります。
- \*3 小児慢性特定疾病から指定難病への移行をされる方が対象です。高額かつ長期該当：月ごとの医療費総額について、5万円を超える月が年間6回以上ある場合、医療費助成を受ける以前の小児慢性特定疾病医療費も、算定の対象となります。
- \*4 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度を満たしていることと診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日)まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日等を記載してください。
- \*5 書類の送付先に別住所を希望される方は、確実に郵便物が届くよう方書や宛名まで記載してください。
- \*6 氏名については、受診者が18歳未満の方は保護者の氏名の記載が必要です。
- \*7 患者が未成年又は成年後身人等の理由により、受診者に代わって保護者(申請者)が同意する場合は可能な限り受診者にも確認し上で署名してください。

保 健 所 記 入 欄	
診 断 年 月 日	<階層区分>
疾患①:(令和 年 月 日)	
疾患②:(令和 年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 生活保護
<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ
<input type="checkbox"/> 軽症高額該当	<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ
該当日:(令和 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ
<input type="checkbox"/> 按分計算対象有	<input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ
	<input type="checkbox"/> 上位所得
添付	
按分後の負担上限額(わが-記入)	金 額

<裏面につづきます>

(裏面)

届出(提出)者が受診者又は保護者と異なる場合	氏名: 鹿兒島 太郎	受診者との関係: 夫
	〒890-0021 鹿兒島市〇〇町〇-〇	電話番号: 099-218-xxxx

受診者又は保護者以外の方が提出される際にはこちらにご記入ください。

受診者と同じ保険に加入している方で、指定難病又は小児慢性特定疾患の受給者証を持っている(申請している)方がいらしたその人数を記載してください。  
【記入例】の場合、1人のお子さんが小児慢性特定疾患の受給者です。

必要書類 支給認定申請書、必要人数分の医療保険の資格情報が確認できる資料、臨床調査個人票、世帯全員分の住民票、同意書、必要な方の所得額課税額証明書、軽快者特例を証明する領収書等 詳しくは提出書類一覧をご覧ください。

今回申請する受診者と同じ医療保険で世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾患の受給者又は申請中の者	有の場合、下記、「支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)について」の「指定難病又は小児慢性特定疾患の医療費助成の有無」欄を必ず記入してください。 ※自己負担限度額を再計算するために必要ですので、受給者証もしくは申請書の写しを添付してください。
--	--

有 難病 ( 名 ) 小児 ( 1名 ) ・ 無

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)について

世帯の範囲の確認のために必要ですので、受診者と同じ医療保険に加入している方は同居・別居を問わず**全員記入してください。**

氏名	受診者との続柄	指定難病又は小児慢性特定疾患の医療費助成の有無	指定難病と小児の別	「有」の場合、所有する受給者番号全て
1 鹿兒島 花子	本人	有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	申請中
2 鹿兒島 次郎	子	有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	
3 鹿兒島 三郎	子	有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	1 2 3 4 5 6 7
4		有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	
5		有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	
6		有 ・ 無	指定難病 ・ 小児慢性特定疾病	

受診者と同じ保険に加入している方のお名前・続柄を全員書いてください。  
また、指定難病や小児慢性特定疾患の受給者証をお持ちの方・申請している方についてはその旨記載してください。  
自己負担限度額を決める大切な情報ですので、記載漏れのないように注意してください。

【記入見本】の場合、お子さんの三郎さんは小児慢性特定疾病に該当します。

※ 受診者が国民健康保険や後期高齢者医療広域連合に加入されている場合は住民票上の世帯で同じ保険に加入している全員分の医療保険の資格情報が確認できる資料、国民健康保険組合に加入されている場合は加入者全員分の医療保険の資格情報が確認できる資料、上記以外の場合は被保険者並びに受診者の医療保険の資格情報が確認できる資料を添付してください。

※ 同一医療保険加入者で、他に指定難病又は小児慢性特定疾患の医療費助成を受けている方がいる場合、その方の医療保険の資格情報が確認できる資料も添付してください。

利用を希望する医療機関

利用希望の医療機関等に名称・所在地を記入してください。指定難病の医療にかかるとのみに限ります。

受診を希望する	医療機関名	所在地	医療機関コード(保健所記入)
病院・診療所	〇〇病院	鹿兒島市〇〇町××	
調剤薬局(院外薬局) <input type="checkbox"/> 院内薬局利用・入院中等のため記載しません。	××薬局	鹿兒島市〇〇町××	
訪問看護事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 利用ありません			
介護医療院 <input checked="" type="checkbox"/> 利用ありません			

申請をする病気(指定難病)そのものや、指定難病に起因する症状の治療のために受診する病院・診療所等の名称と所在地を記載してください。

上で記載した病院・診療所等の処方箋を持って薬を買いに行く院外薬局の名称と所在地を記載してください。  
※支店がある場合は支店名まで書いてください。

指定難病の治療のために利用する訪問看護ステーション等の事業所の名称と所在地を記載してください。

※訪問看護ステーション及び介護医療院の利用がない場合は口をチェックしてください。